



**Boletim de Inscrição**

Ano Letivo 20\_\_/20\_\_

Pós-Graduação em Gestão de Unidades de Saúde

**Identificação do/a Estudante**

NOME COMPLETO					
NOME DA MÃE					
NOME DO PAI					
TELEMÓVEL/TELEFONE		E-MAIL			
MORADA					
CÓDIGO POSTAL		LOCALIDADE			
DATA DE NASCIMENTO			NACIONALIDADE		
DOC. IDENTIFICAÇÃO Nº		VALIDADE		NIF N.º	

**Percurso Académico**

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS	<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Mestrado	<input type="checkbox"/> Doutoramento
ÁREA CIENTÍFICA			
INSTITUIÇÃO DE ENSINO			
ANO DE CONCLUSÃO		CLASSIFICAÇÃO FINAL	

**Situação Profissional**

PROFISSÃO			
LOCAL DE TRABALHO			
CONDIÇÃO PERANTE O TRABALHO	<input type="checkbox"/> Trabalhador por conta de outrem	<input type="checkbox"/> Trabalhador por conta própria	<input type="checkbox"/> Desempregado
	<input type="checkbox"/> Estudante	<input type="checkbox"/> Outra _____	

## Identificação Da Pós-Graduação

PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE			
Semestre	UNIDADE CURRICLAR	ECTS	INSCRIÇÃO
S1	Gestão Estratégica e Organizacional	11	
S1	Gestão em Contexto de Saúde Pública	11	
S1	Marketing e Estratégias de Comunicação em Saúde	3	
S1	Projeto I	5	
S2	Ética e Deontologia	7	
S2	Bem-Estar e Saúde do Trabalhador	7	
S2	Gestão de Recursos Humanos e Desempenho	9	
S2	Projeto II	7	

### Autorização para Fornecimento de Dados Pessoais

Declaro que autorizo a recolha dos dados pessoais, abaixo descritos, pelo ISAVE – Instituto Superior de Saúde, com a finalidade de gestão dos procedimentos administrativos relacionados com o concurso em apreço, instrução de pedidos apresentados ao ISAVE, processos administrativos internos de ordem financeira e elaboração de relatórios estatísticos

Nome

Número do Documento de Identificação

Data de Validade do Documento de Identificação

Número de Identificação Fiscal

Data de Nascimento

Nacionalidade

Morada

Telefone

Telemóvel

E-mail

**Autorizo**

**Não Autorizo**

Salvaguarda-se que, os dados recolhidos, ficarão arquivados durante 5 (cinco) anos, para efeitos estatísticos

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

### A Preencher pelos Serviços

O processo foi instruído com os seguintes documentos:	<input type="checkbox"/> Apresentação do documento de identificação válido
	<input type="checkbox"/> Documento comprovativo de habilitações
	<input type="checkbox"/> <i>Curriculum Vitae</i>
	<input type="checkbox"/> Outro _____

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Os Serviços: \_\_\_\_\_